

KISTE PILONIDALAREN TRATAMENDU KIRURGIKORAKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL QUISTE PILONIDAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
.....Data:

B. INFORMAZIOA:

- Prozedura honen bidez, kistea erazi eta hark eragindako sintomak sendatu nahi dira.
- Kistea eta haren fistula-ibilbide guztiak eraziko dira. Horren ondoren, egoera nolakoa den, itxi edo irekita utziko da, ondoren sendaketak egiteko. Horren asmoa infekzioa gertatzeko arriskua txikitzea edo kistea berriz ez sortzea da.
- Medikuek jakinarazi dizunez, prozedura honetan anestesia erabili behar da; anestesia-zerbitzuak emango dizu horren arriskuei buruzko informazioa.
- Kirurgia egin bitartean egiten diren aurkikuntzen ondorioz prozedura aldatu behar izatea gerta liteke, zuri tratamendurik egokiena eskaini ahal izateko; hala balitz, jakinaraziko dizugu.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Konplikaziorik ohikoenak hauek dira: zauria odoletan hastea (oso ezohikoa da transfusioa egin behar izatea), zauria infektatzea, gernu egiteko zailtasunak agertzea eta ebakuntza egin den aldea minduta edukitzea.
- Sinus pilonidala birsortzea (ez da oso ohikoa).
- Konplikazio horiek normalean tratamendu medikoaren laguntzaz konpondu ohi dira (antibiotikoak, serumak eta abar), baina batzuetan ebakuntza gehiago egin behar izango dira.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

D. ESAN IEZAGUZU:

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:

B. INFORMACIÓN:

- Mediante este procedimiento se pretende extirpar el quiste y solucionar sus síntomas.
- Se le va a realizar una extirpación del quiste y todos sus trayectos fistulosos. Posteriormente se cerrará o se dejará abierto para curas posteriores según el estado en que se encuentre, con la intención de disminuir el riesgo de infección o su reproducción.
- El médico le ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos le informará el servicio de anestesia.
- Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarle el tratamiento más adecuado, en cuyo caso se le informará.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Las complicaciones más frecuentes son el sangrado de la herida (que rara vez precisa transfusión), la infección de la misma, dificultad para orinar y dolor en la zona de la intervención.
- Reproducción del sinus pilonidal, poco frecuente.
- Estas complicaciones habitualmente se solucionan con tratamiento médico (antibióticos, sueros, etc...) pero en ocasiones, pueden precisar reintervenciones.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

D. AVÍSEÑOS:

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

E.- ARRISKU PERTSONALAK:

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikiak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Zure kasuan ez dago beste prozedura eraginkorrik; hori dela eta, sinus pilonidala kentzea da aukerarik onena.

G.- OHARRAK:

.....
.....
.....

E.-RIESGOS PERSONALIZADOS:

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

F.-ALTERNATIVAS:

En su caso no existen otros procedimientos eficaces por los que se ha considerado la mejor opción eliminar el sinus pilonidal.

G.- OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

Pazientea/ El Paciente**Pazientearen izen-abizenak**

Nombre, dos apellidos
.....

Sinadura eta data

Firma y fecha

Medikua/El/La Médico**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

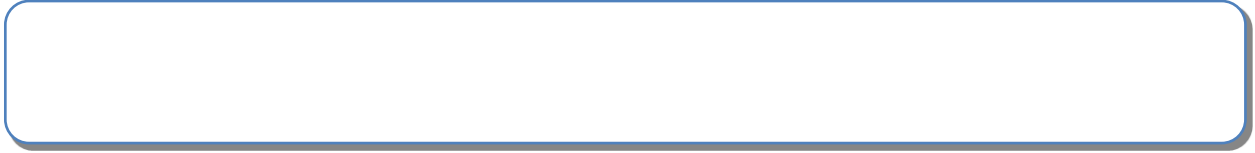
Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a
.....

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**Legezko ordez kariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legezko ordez kariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal****Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

